

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

500

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

NISON NESIS

Né le 22 juillet 1911
à Lipeani (Roumanie)

LES RUPTURES UTÉRINES
A LA MATERNITÉ DE LARIBOISIÈRE
de janvier 1929 à mai 1937

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

JACQUES HAUMONT
IMPRIMEUR-ÉDITEUR
14, Rue de l'Armorique
PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

NISON NESIS

Né le 22 juillet 1911
à Lipeani (Roumanie)

LES RUPTURES UTÉRINES
A LA MATERNITÉ DE LARIBOISIÈRE
de janvier 1929 à mai 1937

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

JACQUES HAUMONT
IMPRIMEUR-ÉDITEUR
14, Rue de l'Armorique
PARIS

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	Rouvière.
Physiologie	Léon Binet.
Physique médicale	Strohl.
Chimie médicale	Polonovski.
Bactériologie	Robert Debré.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Brumpt.
Pathologie et thérapeutique générale	Baudouin.
Pathologie médicale	Abrani.
Pathologie chirurgicale	Chevassu.
Anatomie pathologique	Roussy.
Histologie	Champy.
Pharmacologie et matière médicale	Tiffeneau.
Thérapeutique	Harvier.
Hygiène et médecine préventive	Tanon.
Médecine légale	Balthazard.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	Laignel-Lavastine.
Pathologie expérimentale et comparée	Fiessinger.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice Villaret.
Clinique médicale	Loeper.
	Carnot.
	Clerc.
	Marcel Labbé.
Hygiène et clinique de la première enfance	Lereboullet.
Clinique des maladies des enfants	Nobécourt.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. Claude.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Gougerot.
Clinique des maladies du système nerveux	Guillain.
Clinique des maladies infectieuses	Lemierre.
	Cunéo.
Clinique chirurgicale	Gosset.
	Grégoire.
	Lenormant.
Clinique ophtalmologique	Terrien.
Clinique urologique	Marion.
	Brindeau.
Clinique d'accouchements	Couvelaire.
	Jeannin.
Clinique gynécologique	Mocquot.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	Ombredanne.
Clinique thérapeutique médicale	Rathery.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Lemaitre.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre Duval.
Clinique propédeutique	Sergent.
Clinique de la Tuberculose	Bezançon.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	Mathieu.
Clinique cardiologie	Laubry.
	Hovelacque.
Professeurs sans chaire	Mulon.
	Olivier.
	Verne.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

Ameline	Pathologie chirurgicale.
Bariéty	Pathologie médicale.
Bénard (Henri)	Pathologie médicale.
Bernard (Etienne)	Pathologie médicale.
Besançon (Justin)	Hydrologie.
Boulin	Pathologie médicale.
Bulliard	Histologie.
Cathala	Pathologie médicale.
Chevallier	Pathologie médicale.
Coste	Pathologie médicale.
Dognon	Physique.
Fey	Urologie.
Funck	Pathologie chirurgicale.
Galliard	Parasitologie.
Gastinel	Bactériologie.
De Gaudart d'Allaines	Pathologie chirurgicale.
Gayet	Physiologie.
De Gennes	Pathologie médicale.
Giroud	Histologie.
Haguenau	Pathologie médicale.
Halphen	Oto-rhino-laryngologie.
Hazard	Pharmacologie.
Huguenin	Anatomie pathologique.
Joannon	Hygiène.
Lacomme	Obstétrique.

MM.

Lantuéjoul	Obstétrique.
Laroche (Guy)	Pathologie médicale.
Lelong	Pathologie médicale.
Lemaire	Pathologie expérimentale.
Leveuf	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. Lévy	Pharmacologie.
Lévy-Valensi	Neurologie et Psychiatrie.
Ménégaux	Pathologie chirurgicale.
Mollaret	Pathologie médicale.
Moreau	Pathologie médicale.
Moulonguet	Pathologie chirurgicale.
Mouquin	Pathologie médicale.
Oberling	Anatomie pathologique.
Petit-Dutaillis	Pathologie chirurgicale.
Piédelièvre	Médecine légale.
Portes	Obstétrique.
Renard	Ophthalmologie.
Richet	Physiologie.
Sannié	Chimie biologique.
Sénèque	Pathologie chirurgicale.
Troisier	Pathologie expérimentale.
Turpin	Pathologie médicale.
Vignes	Obstétrique.
Wilmoth	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

Alglave	Pathologie chirurgicale.
Busquet	Pharmacologie.
Chailley-Bert	Physiologie.
Guéniot	Obstétrique.

MM.

Lardennois	Pathologie chirurgicale.
Leroux	Anatomie pathologique.
Neveu-Lemaire	Parasitologie.
Philibert	Bactériologie.
Vaudescal	Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent.

MM.		MM.	
Alajouanine ..		Basset	
Aubertin		Brocq	
Brulé		Cadenat	
Chabrol		Gatellier	Clinique
Chiray	Clinique	Heitz-Boyer . . .	chirurgicale
Donzelot	médicale.	Mouré	
Duvoir		Quenu	
Lian		Schwartz	
Pasteur-Vallery-		Velter	
Radot			
Sézary			

MM.	
Ecalle	} Clinique obstétricale.
Le Lorient	
Lévy-Solal	
Metzger	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
Chailley-Bert, agrégé ...	Education physique.
Ledoux-Lebard	Radiologie clinique.
Philibert, agrégé	Microbiologie.
Ruppe	Stomatologie.
Weil-Hallé	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

*Qui ont fait tant de sacrifices
pour que je puisse conti-
nuer mes études.*

*Faible témoignage de ma recon-
naissance et de mon amour
pour eux.*

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

le Docteur HAIM NESIS

*Qui m'a acheminé vers la car-
rière médicale.*

A LA MEMOIRE DE MA COUSINE

FEIGA VAINSCHENKER,

Qui fut pour moi une sœur.

A MON PRESIDENT DE THESE,
Monsieur le Professeur A. COUVELAIRE,
Professeur de Clinique Obstétricale à la Faculté
de Médecine de Paris,
Membre de l'Académie de Médecine,
Officier de la Légion d'honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

A MON MAITRE,
le Docteur L. DEVRAIGNE

Accoucheur de Lariboisière,
Commandeur de la Légion d'honneur,

*Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse et nous a tou-
jours réservé le meilleur ac-
cueil.*

*Qu'il nous soit permis de lui ex-
primer nos sentiments de
respectueuse gratitude.*

INTRODUCTION

Une des complications que le praticien doit redouter lors d'un accouchement, à cause du pronostic grave qu'elle comporte pour la mère et pour l'enfant, c'est la *rupture utérine*.

Quoique plus rare qu'autrefois, grâce aux consultations prénatales, grâce aussi au diagnostic plus précis, il n'est pas douteux que les statistiques doivent être fausses. car, comme le dit notre Maître DEVRAIGNE : « Bien des ruptures doivent rester ignorées et passent sous la rubrique commode des « femmes mortes en couches » ; de plus, certaines, qui sont connues, ne sont pas publiées : il faut, en effet, un réel courage pour publier un cas malheureux ou un insuccès. »

Les ruptures utérines s'observent pendant la gestation et pendant l'accouchement, mais c'est au cours du travail qu'elles sont les plus fréquentes.

Les ruptures spontanées de l'utérus au cours de la gestation sont très rares si on considère les ruptures survenant en dehors de toutes les violences externes, de toute intervention obstétricale, de quelque nature qu'elle soit.

Nous insisterons surtout sur les formes *insidieuses*, celles qui surviennent sans période prodromique, chez des femmes anciennement césarisées.

Nous avons vu la difficulté que peut présenter le diagnostic, de même avons-nous vu l'importance de la rapidité de l'intervention dans un cas pareil, rapidité de laquelle dépend la vie de la mère.

Ayant assisté, le 21 septembre 1936, dans le service de notre Maître DEVRAIGNE, à la Maternité de Lariboisière, à une rupture utérine chez une femme qui avait subi antérieurement une césarienne haute, il nous a inspiré cette thèse, et c'est sur les ruptures utérines dans son service, de janvier 1929 à mai 1937, que notre étude se portera.

FREQUENCE

La rupture utérine est un accident assez rare si l'on s'en rapporte aux statistiques ; d'après JOLLY, il y aurait une rupture sur 3.403 accouchements. D'après nos observations, sur 21.854 accouchements à la Maternité de Lariboisière, on trouve quinze cas de rupture.

Actuellement, cet accident est plus rare, mais il ne faudrait pas croire cependant qu'il ait disparu.

D'après l'opinion des classiques, il semble que l'utérus se rompt surtout lorsque la femme atteint l'âge de 30 ans, plus souvent encore entre 30 et 40 ans.

Il semble aussi que l'âge de la gestation soit un facteur à considérer. Les ruptures spontanées de l'utérus gravide dans les premiers mois sont exceptionnelles et elles sont souvent confondues avec des ruptures de grossesses extra-utérines. Cet accident paraît bien plus fréquent lorsque la gestation approche du terme. Sur 38 cas cités par TRASK, la rupture serait survenue douze fois dans les premiers mois et vingt-six fois près du terme. Des observations que nous rapportons, nous relevons :

1 cas à 5 mois.

2 cas à 7 mois.

3 cas à 8 mois.

9 cas à terme.

ETIOLOGIE - PATHOLOGIE

Les causes qui peuvent produire une rupture utérine sont multiples. Elles peuvent être d'origine maternelle ou d'origine fœtale.

Parmi celles d'origine maternelle, il faut faire entrer en jeu certaines causes prédisposantes qui ont leur part dans l'étiologie des *ruptures spontanées*.

1. — Une des causes les plus importantes, c'est la *multiparité* ; en effet, sur 303 cas de ruptures utérines cités par TRASK, il n'y a que 24 primipares ; sur 73 cas de CHURCHILL, on ne trouve que 9 primipares. *Dans les observations que nous apportons, sur 15 cas, il n'y a pas une seule primipare.* D'après BANDL, la proportion serait de 8 multipares pour 1 primipare. Avec DOLÉRIS, on peut dire que : « Les grossesses répétées et surtout rapprochées concourent à la déchéance du système génital. »

Pour expliquer la diminution de résistance du tissu utérin chez les multipares, DUPOUY, dans sa Thèse de 1896, a invoqué les lésions qu'engendre la gêne circulatoire causée par le développement du fœtus. D'après

lui, la compression fœtale produirait des altérations du système circulatoire, athérome artériel, ectasie veineuse. et la stase veineuse qui en résulte amènerait des troubles dans la nutrition du tissu utérin.

Il faudrait aussi invoquer les dissociations des faisceaux musculaires ou les petites déchirures superficielles, qui ont pu se produire au cours d'accouchements antérieurs et qui amènent la formation de zones de moindre résistance.

II. — Au cours des accouchements ou avortements antérieurs, l'utérus a pu être le siège d'une infection qui a frappé non seulement la muqueuse, mais a gagné en profondeur. Dans la paroi de cet utérus atteint, on trouve des lésions d'endophlébite et de périphlébite qui ont donné naissance à une dégénérescence granulo-graisseuse de la fibre utérine qui rend friable le muscle utérin et diminue sa résistance à la poussée fœtale.

Cette *métrite aiguë* peut passer à l'*état chronique*, sclérosant ainsi le muscle utérin, qui, devenu d'une consistance ligneuse, a perdu son élasticité et cédera facilement à la poussée de l'œuf.

III. — A côté des modifications structurales de la paroi utérine d'origine inflammatoire, l'amincissement de ces parois par blessures antérieures peut favoriser la rupture utérine. A ce point de vue, la *délivrance artificielle* n'est pas sans danger. Surtout lorsqu'il y a adhérence anormale du placenta, il se peut que la main lèse la paroi utérine là où le contact entre le placenta et l'utérus est très intime, et cette zone lésée pourra être le point de

départ d'une rupture au cours d'une nouvelle gestation.

IV. — Cet amincissement de la paroi utérine sera plus fréquent au cours du *curettage*, surtout s'il est pratiqué peu de temps après l'accouchement ou l'avortement, et surtout au cours d'un curettage dit « appuyé ». Ce curettage trop appuyé enlève non seulement la muqueuse, mais lèse en même temps la sous-muqueuse et parfois même le muscle utérin. Il en résulte une cicatrice fibreuse, qui, moins souple que le reste du muscle utérin, pourra se rompre au cours d'une nouvelle gestation. Elle aura plus de chances de se rompre si elle est le siège de l'insertion placentaire lors de cette nouvelle gestation. Cette zone cicatricielle où viendra s'insérer le placenta sera impropre à subir les modifications histo-physiologiques nécessaires pour la transformation en caduque inter-utéro-placentaire ; elle sera inapte à se défendre contre l'envahissement des villosités choriales et sera prédisposée à la rupture.

V. — Une autre cause prédisposante aux ruptures utérines, sont les *manœuvres abortives*, soit qu'elles aient été pratiquées pendant la gestation actuelle, soit au cours des gestations antérieures. A propos de cette cause, nous trouvons parmi nos observations le cas suivant :

OBSERVATION N° 1 (inédite)

Mme S... (Marie), âgée de 23 ans, entre dans le service le 15 juillet 1936 pour un *avortement provoqué au terme de cinq mois*. On lui fait une dilatation aux laminaires, puis pose d'un ballon de Champetier. Sous anesthésie générale, extraction d'un bras, puis abaissement d'un pied. Extraction du

foetus. On fait une délivrance artificielle pendant laquelle on constate qu'il existe une *déchirure de la face antéro-latérale droite de l'utérus*.

M. BASTIEN pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale et constate une déchirure d'un centimètre environ, à la partie antéro-inférieure de l'utérus. Partant de cet orifice, il incise le péritoine prévésical, comme dans le premier temps d'une césarienne basse. Il constate alors que c'est le segment inférieur qui est déchiré ; la déchirure est assez nette et semble pouvoir être suturée. Il fait un premier plan de points séparés au catgut, puis un surjet d'enfouissement. Suture du péritoine vésical au-dessus de l'orifice de rupture. Il met un drain. Deux Mikulicz dans le Douglas. Fermeture de la paroi en trois plans.

La femme est sortie guérie du service.

Au cours de ces manœuvres, l'utérus a pu subir des perforations superficielles minimales, qui, en guérissant, laissent des cicatrices fibreuses, peu souples, prédisposées à se rompre sous la poussée de l'œuf. De même, si l'avortement a été septique, il pourra déterminer des gangrènes locales de l'utérus, aboutissant à la formation d'une escarre, qui pourra se détacher ultérieurement et être le point de départ d'une rupture utérine.

VI. — Une cause très fréquente de rupture utérine est la *désunion d'une cicatrice de césarienne corporeale antérieure*.

Dans les observations de la Maternité de Lariboisière que nous apportons, sur 15 cas de rupture utérine, 4 se sont produits chez des femmes qui ont subi antérieurement

ment une opération césarienne. Voici ces quatre observations :

OBSERVATION N° II (inédite)

Mme C... (Marie), II-pare, âgée de 32 ans, entre dans le service, à terme, le 6 avril 1929. Sa gestation a été suivie à la consultation de Lariboisière. A l'examen, on trouve un *bassin généralement rétréci*. Présentation céphalique. Cette femme avait déjà subi une *césarienne haute* en 1925, lors de son premier accouchement.

M. DEVRAIGNE pratique une laparotomie haute parallèle à la première. Dès qu'une petite brèche péritonéale est faite, le diagnostic de rupture utérine s'impose, parce qu'il s'écoule du sang rouge. Un large caillot plat couvre la face antérieure de l'utérus. En voulant extérioriser celui-ci, on trouve une vaste brèche à la partie supéro-médiane de la face antérieure, répondant à l'ancienne cicatrice par où sort le tiers supérieur de l'œuf intact.

Enucléation de l'œuf en bloc, qui vient tout seul, suivant le procédé de Fournier. Il ne se rompt qu'au moment où l'on tire pour avoir la tête retenue par la partie inférieure du corps utérin rétracté.

Enfant mort pesant 4.300 gr. Bipariétal 10 cm.

Hystérectomie facile après pincement préalable des pédicules. Ligature de ceux-ci. Fermeture de la tranche cervicale après attouchement au thermocautère. Nettoyage de la cavité péritonéale : caillots et sang infiltrés. Péritonisation. Fermeture en trois plans. Pouls à 100, alternatives de dépression et de retour à la normale.

Tentative infructueuse de transfusion. Sérum intra-veineux 750 gr. : 40 cc. d'huile camphrée. Une ampoule de spartéine, de strychnine et deux ampoules de pyoformine.

La femme sort guérie du service.

OBSERVATION N° III

(dans *Clinique Obstétricale* de M. DEVRAIGNE)

Mme D... (Yvonne), II-geste, âgée de 20 ans, qui a subi en

février 1930 une *césarienne corporéale* pour bassin généralement rétréci, entre dans le service le 5 novembre 1931, au terme de huit mois et demi.

Chez elle, elle a accusé une douleur brutale dans l'abdomen, sans localisation précise, et une heure après, venant à Lariboisière en taxi, elle a un vomissement. A son arrivée à la Maternité, elle présente une réelle accalmie : l'examen obstétrical est très facile et ne révèle rien d'anormal. La sage-femme de garde, ne la trouvant pas en travail, la fait coucher au dortoir. Moins de deux heures après son entrée dans le service, celle-ci se plaint de l'hypogastre et a une petite syncope. Comme elle avait de l'albumine, on pense un moment à une menace d'éclampsie. Mais les signes généraux dominent vite la scène : faciès grippé, pouls à 110, céphalée, troubles oculaires ; en plus, douleur diffuse dans l'abdomen à maximum épigastrique, contracture généralisée de l'abdomen qui rend le palper impossible, pas d'hémorragie externe. Consulté par téléphone : M. DEVRAIGNE conseille à l'interne, M. MERGER, l'opération immédiate. Dès l'ouverture du péritoine, du sang noir coagulé en grande abondance. On libère d'assez nombreuses adhérences épiploïques. Le placenta et le fœtus mort sont au milieu des anses intestinales. L'utérus, bien rétracté, présente une *brèche répondant à l'ancienne cicatrice*.

Hystérectomie rapide subtotale.

Un Mickulicz est posé.

Les suites furent simples : *la femme partit le 20^e jour en bon état.*

OBSERVATION N° IV (inédite)

Mme L... (Georgette), II-pare, âgée de 35 ans, entre dans le service le 5 février 1933. Cette femme avait déjà subi une *césarienne haute* en 1930, lors de son premier accouchement, pour bassin généralement rétréci.

L'examen montre une présentation céphalique. Le diamètre promonto-sous-pubien est de 8 cm.

M. DEVRAIGNE fait une application de forceps Tarnier sur sommet en OP. Extraction d'une fille mort-née pesant 3.500 grammes, présentant un gros foie, grosse rate.

La femme est choquée après l'accouchement, présentant les signes d'une rupture utérine, confirmée par l'introduction de la main dans l'utérus. On lui fait une transfusion de 1.200 gr., d'huile camphrée, caféine, adrénaline, sérum intraveineux.

Puis M. RAVINA fait une laparotomie : la cavité abdominale est remplie d'une quantité considérable de sang. L'utérus présente une *large déchirure occupant toute la face antérieure du corps*.

M. RAVINA enlève alors l'utérus. Il extrait le placenta qui a passé dans la région splénique.

La malade meurt au cours de l'intervention.

OBSERVATION N° V (inédite)

Mme H... (Gabrielle), II-pare, âgée de 26 ans, dont la gestation a été suivie à Lariboisière, entre dans le service, à terme, le 21 septembre 1936. Lors de son premier accouchement, cette femme avait subi une *césarienne haute*.

Application de forceps Tarnier sur sommet en OIGT pour modification des bruits du cœur et expulsion de méconium. Extraction d'une fille née étonnée, ranimée au bout de vingt minutes de soins (désobstruction, frictions, bains chauds et froids, respiration artificielle), pesant 3.350 gr.

Une demi-heure après, la délivrance n'est pas décollée et le pouls est à 120. La femme ne saigne pas. L'état général semble bon. On décide de faire une délivrance artificielle. En mettant la main dans l'utérus, on constate une rupture du fond de l'utérus. Le pouls varie entre 120-140.

M. BASTIEN pratique une laparotomie médiane sous-ombilicale en repassant par l'ancienne cicatrice. On vérifie le diagnostic de *rupture*, celle-ci *siégeant sur l'ancienne cicatrice de césarienne*. Mais immédiatement il est gêné par de multiples adhérences : tout l'épiploon est collé à l'utérus ; de plus, adhérences du colon transverse et de plusieurs anses grêles. Libération de ces adhérences.

Extraction du placenta qui est dans la cavité abdominale, puis il fait une *hystérectomie subtotal*e. Drain dans le col. Hémostase. Il ne péritonise pas, il place un Mickulicz et ferme la paroi en un plan aux bronzes.

Durant l'opération, l'état général de la femme se maintient bon. Mais au moment de la réfection de la paroi abdominale, la femme se choque brusquement. Pouls imperceptible et filant. On fait une transfusion de 300 gr. Mais *la femme meurt pendant la transfusion, à 19 h. 30.*

VII. — Les femmes ayant des altérations pathologiques de la texture utérine, soit fibreuses, soit tuberculeuses, sont prédisposées également à la rupture.

VIII. — Quant à la môle hydatiforme, son rôle est connu, du moins pour la variété dite môle perforante. Dans ces cas, le muscle utérin est perforé par les bourgeons épithéliaux qui l'envahissent et le dissèquent.

IX. — Seront également prédisposées les femmes qui présentent des malformations utérines : utérus infantile ou anormal, bicorne par exemple.

A côté des causes prédisposantes, on peut étudier les causes déterminantes :

I. — Dans ce tableau étiologique, il faut laisser une grande place aux ruptures traumatiques : soit à la suite d'une *version par manœuvres internes*, surtout si elle était « trop facile » ; soit à la suite d'une *basiotripsie* ; soit même à la suite d'une *application de forceps*.

A ce sujet, nous trouvons parmi nos observations le cas suivant :

OBSERVATION N° VI (inédite)

Mme C... (Marthe), âgée de 32 ans, V-pare, dont la gestation n'a pas été suivie à Lariboisière, entre dans le service le 10 avril 1936, au terme de sept mois.

A l'examen, on voit qu'il s'agit d'une femme présentant une *cyphose très prononcée* apparue à l'âge de 3 ans, après une fracture de la colonne vertébrale. Arrêt de développement. Le promontoire est atteint à bout de doigts, la ligne innommée gauche est aplatie.

Le 10 avril, à 22 heures : présentation en OIGA, paraissant fixée. Dilatation grande paume. Les bruits du cœur sont bien perçus. Hémorragie légère.

Le 11 avril, à 2 h. 45 : dilatation complète. Bruits du cœur sont modifiés. *Tentatives de forceps Tarnier* ; la tête mal fixée est repoussée, forceps impossible. L'interne, M. LOBEL, tente une *version podalique par manœuvres internes* : extraction d'une fille mort-née pesant 2.900 gr., n'ayant pu être ranimée malgré tous les soins donnés pendant quarante-cinq minutes.

A 3 h. 45 : *Tentative de délivrance artificielle*, pour non-décollement du placenta ; on constate une déchirure de la face postérieure du segment inférieur.

A 4 h. 15 : M. RAVINA fait une *hystérectomie abdominale subtotale* : il existe une rupture horizontale de toute la face

postérieure du segment inférieur. Extraction du placenta pesant 450 gr. Un Mickulicz est posé. Fermeture en un plan. Transfusion sanguine de 300 gr. Ouabaïne, caféine, huile camphrée, etc...

La femme sort guérie du service.

OBSERVATION N° VII (inédite)

Mme L... (Marcelle), II-pare, âgée de 28 ans, entre dans le service. le 11 mai 1936. Sa gestation n'a pas été suivie à Lariboisière.

Elle vient de ville après une *tentative infructueuse de forceps au détroit supérieur, puis de version* après résection du cordon procident.

A l'arrivée : on trouve une procidence du bras. M. RAVINA fait l'ablation du bras.

A 3 h. 30, sous anesthésie au chloroforme, il fait une *basiotripsie* sur tête très haute défléchie. Il y a dystocie des épaules. Il pratique la section du cou et l'abaissement du bras. Extraction d'une fille pesant 3.350 gr. Immédiatement après, il fait une délivrance artificielle : placenta pesant 400 gr.

La révision utérine pratiquée alors montre une rupture utérine siégeant sur le segment inférieur.

M. RAVINA fait alors une laparotomie qui vérifie le diagnostic et montre que la *rupture siége en arrière et à gauche sur le segment inférieur, il enlève alors l'utérus.*

La femme meurt le 12 mai 1936, à 9 h. 15.

OBSERVATION N° VIII (inédite)

Mme D... (Henriette), âgée de 39 ans, VI-geste, dont la gestation a été suivie en ville, entre dans le service, à terme, le 30 mars 1937.

Tentative de forceps Tarnier, sur sommet au détroit supérieur, pour modification des bruits du cœur et liquide amniotique purée de pois.

Après incisions médianes du col sur les lèvres antérieure et postérieure, l'interne, M. BERGERON, fait une *version podalique par manœuvres internes*. Episiotomie nécessaire pour l'abaissement des bras. Extraction difficile et longue d'un garçon mort-né pesant 4.100 gr. Immédiatement après, il fait une *délivrance artificielle* complète, placenta pesant 740 gr.

La femme continuant à saigner, M. RAVINA fait une révision utérine et constate une *déchirure latérale droite sous-péritonéale du segment inférieur* d'un centimètre environ.

Il pratique une laparotomie sous-ombilicale et vérifie le diagnostic posé à la révision. Il pratique alors une *hystérectomie subtotal*e. Péritonisation. Un Mickulicz est posé. Fermeture de la paroi en trois plans.

La femme sort guérie du service.

OBSERVATION N° IX (inédite)

Mme R... (Elisabeth), III-geste, âgée de 34 ans, dont la gestation n'a pas été suivie à Lariboisière, entre dans le service le 10 janvier 1932. Grossesse de huit mois environ.

A l'examen, on trouve une présentation du siège avec proci-dence d'une main et du cordon sans battements. Bruits du cœur non perçus. Bassin normal.

Abaissement d'un pied et extraction difficile du siège. Difficultés irréductibles pour l'extraction de la tête dernière arrêtée par le détroit supérieur.

M. MARX fait alors une *embryotomie* : section en V renversé du tronc du fœtus au-dessous des creux axillaires. Perforation difficile de la tête dernière ; impossibilité d'arriver à introduire le perforateur dans la bouche. Alors tentative de

perforation de la région latérale de la tête située derrière le pubis, on n'arrive pas, vu la dureté et l'épaisseur de la masse osseuse. Finalement, perforation de la base du crâne en passant par le cou, suivant la face antérieure de la colonne vertébrale.

Après la perforation et la sortie de la matière cérébrale, la tête, s'affaissant, est extraite sans difficulté.

Il fait une révision utérine : la main sent des anses intestinales et de l'épiploon.

M. GUÉNIOT fait alors une *laparotomie* médiane sous-ombilicale : sang en petite quantité dans la cavité abdominale. *Longue rupture transversale sur la face antérieure du segment inférieur.* Il fait une *hystérectomie subtotale*. Péritonisation incomplète. Un drain dans le col et le vagin. Un Mickulicz est posé. Fermeture aux fils de bronze. Transfusion sanguine de 500, mais *la femme meurt*, malgré tous les soins donnés.

OBSERVATION N° X (inédite)

Mme G... (Françoise), II-geste, âgée de 34 ans, est amenée de la ville, le 9 juillet 1934, ayant perdu les eaux le 7 juillet au soir et ayant *subi deux tentatives de forceps en ville*, le 9 juillet à 19 heures.

A l'examen, on trouve une présentation céphalique en OIDP. Bassin rétréci, promontoire à 8 cm. 1/2. Bruits du cœur très accélérés. Utérus en contraction permanente, légère hémorragie. Quand on met la femme sur la table d'opération, on constate la disparition des bruits du cœur.

M. LEROY *essaie une basiotripsie*, mais après introduction de la branche médiane, la tête remonte et fait saillie sous l'ombilic. Le toucher confirme le diagnostic : *désinsertion de l'utérus au niveau du cul de sac antérieur.*

M. LEROY pratique alors une *laparotomie* : inondation pé-

ritonéale, fœtus mort dans la cavité abdominale. *Rupture de toute la face antérieure du segment inférieur et gros hémato-me du ligament large gauche.*

Il enlève l'utérus, pose un Mickulicz et ferme la paroi en un plan.

On fait à la femme une transfusion sanguine de 400 gr., du sérum intraveineux, huile camphrée, etc.,

La femme sort guérie le 17 septembre 1934.

II. — Quant aux causes d'origine fœtale, il faut surtout réserver une place d'honneur aux *présentations transversales du fœtus* ; de même chaque fois qu'il s'agit d'une *grossesse gémellaire avec hydramnios*, un *gros fœtus* surtout *venant par le siège* ou un fœtus avec excès de volume partiel, il faudra craindre une rupture utérine.

Il en sera de même chaque fois qu'il y a des troubles dans l'accommodation du fœtus avec ou sans utérus incliné.

Au sujet des ruptures dues à des présentations transversales du fœtus, voilà ce que nous trouvons parmi nos observations de la Maternité de Lariboisière :

OBSERVATION N° XI (inédite)

Mme M..., II-geste, dont la gestation a été suivie à Lariboisière, entre dans le service le 18 janvier 1930 au terme de huit mois.

L'examen montre une *présentation de l'épaule gauche*, dilatation petite paume, procidence du cordon, membranes rompues depuis le 31 décembre 1929.

Tentative d'abaissement d'un pied. Mais l'utérus est rétracté. L'anneau de Bandl est très difficile à franchir.

M. LE BARON fait une *embryotomie céphalique* : fille mort-née pesant 2.050 gr. *Délivrance artificielle* complète pesant 320 gr. Température à 37° 6. Pouls à 120. La femme continuant à saigner, on fait une révision utérine qui montre une *rupture utérine complète*.

M. GUÉNIOT fait alors une *laparotomie* et il voit alors que la rupture s'étend de la face antérieure de l'utérus au bord droit de celui-ci.

Il fait alors une hystérectomie.

La femme se choque et malgré les soins donnés (caféine, sérum intraveineux, sérum sous-cutané, adrénaline sous-cutanée et intraveineuse, huile camphrée, transfusion), *la femme meurt à 10 h. 30.*

OBSERVATION N° XII (inédite)

Mme P.. (Didi), II-pare, âgée de 35 ans, dont la gestation n'a pas été suivie à Lariboisière, entre dans le service le 20 juillet 1934, au terme de 7 mois.

A l'examen, on voit qu'il s'agit d'une *présentation de l'épaule*. La femme ayant eu plusieurs hémorragies abondantes, on lui fait une transfusion.

A 15 h. : M. LEROY fait une dilatation aux bougies de Hegar. *Puis pose d'un ballon de 250 cc.*

A 20 h. : *Pose d'un second ballon de 150 cc.* Les bruits du cœur sont perçus. La dilatation ne se fait pas. Température à 37° 8. Pouls à 90. La femme dort bien pendant la nuit.

Le 21 juillet, à 9 h. : On n'entend plus les bruits du cœur. On retire le ballon et M. DEVRAICNE fait une *basiotripsie*.

A 11 h. 15 : *Délivrance artificielle*. Hémorragie. L'utérus ne se rétracte pas. On fait un tamponnement qu'on enlève à 12 h. 15. Transfusion de 800 gr. Le pouls redevient à peu près normal.

M. RAVINA fait alors une *hystérectomie subtotale* pendant laquelle il constate une *rupture utérine*. Infiltration hémorragique de la base du ligament large gauche.

Il place un Mickulicz dans le Douglas.

Fermeture de la paroi en deux plans.

La femme meurt à la fin de l'intervention, malgré une tentative de transfusion intracardiaque.

OBSERVATION N° XIII (inédite)

Mme A..., IV-pare, âgée de 28 ans, dont la gestation n'a pas été suivie à Lariboisière, entre dans le service le 25 octobre 1936.

L'examen montre une *grossesse gémellaire*. Bassin normal.

Accouchement d'un siège : fille vivante pesant 1.870 gr. La femme expulse le premier placenta en même temps que l'enfant. Aussitôt après : rupture spontanée de la deuxième poche des eaux. La présentation s'engage aussitôt. Le palper et l'auscultation étant impossibles à cause de contractures utérines subintrantes, on fait un toucher qui montre une *présentation de l'épaule avec un bras dans le vagin*. La présentation progressant rapidement, l'interne, M. BERGERON, essaie une *version* sous anesthésie générale, mais en introduisant la main dans l'utérus, il s'aperçoit que la présentation remonte spontanément et qu'il se trouve en présence d'une *rupture utérine*. On fait une transfusion sanguine de 450 gr., du sérum 300 gr. et de l'huile camphrée.

M. RAVINA pratique une *laparotomie* médiane sous-ombilicale. Sang noirâtre en grande quantité dans l'abdomen (plus d'un litre). *L'utérus est éclaté au niveau de la face postérieure du segment inférieur et au niveau du bord gauche sur une étendue de 2 cm.*

Hystérectomie subtotale. Il existe un hématome qui re-

monte jusqu'au niveau du pédicule utéro-ovarien.

Extraction du placenta et de l'enfant mort dans la cavité abdominale.

Ligature des pédicules. La paroi postérieure du vagin et du col est déchirée verticalement sur une grande étendue. On rapproche les deux moitiés du vagin et du col par des points séparés. Pose d'un Mickulicz. Fermeture de la paroi en un plan. Après l'opération, la femme est dans un état général grave. Transfusion de 300 gr. Sérum glucosé intraveineux 500, avec une ampoule d'adrénaline dans le sérum. Après une amélioration passagère, la femme se choque à nouveau et meurt très rapidement.

OBSERVATION N° XIV (inédite)

Mme B... (Perla). IV-pare, âgée de 39 ans, entre dans le service le 7 janvier 1937. Sa gestation a été suivie à Lariboisière.

L'examen montre une *présentation du front*. Le liquide amniotique est extrêmement teinté et les bruits du cœur sont modifiés. *On tente alors une application de forceps Tarnier sur front en transverse à la partie haute de l'excavation : extraction impossible.*

On fait alors une *version par manœuvres internes : grande extraction du siège*. Garçon pesant 3.700 gr. n'ayant pu être ranimé malgré les soins donnés. Bipariétal 10 cm. Occipito-frontal 12 cm.

45 minutes après l'accouchement, délivrance naturelle complète pesant 500 gr.

La femme continuant à saigner, on fait une révision utérine qui fait sentir une *rupture du segment inférieur dans sa portion antérieure droite*.

Pouls bien frappé, la femme n'est pas choquée.

La laparotomie faite par M. GILLET vérifie le diagnostic. Il fait alors une *hystérectomie*. Hémostase soignée. Gros drain vaginal. Péritonisation complète. Il pose un Mickulicz. Fermeture de la paroi en trois plans.

Sérum un litre. Transfusion sanguine de 400 gr.

La femme sort guérie du service.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les ruptures utérines se divisent en : *ruptures complètes* qui intéressent toute l'épaisseur de la paroi utérine ; *ruptures incomplètes* qui n'occupent qu'une partie de cette paroi ; et enfin les *ruptures compliquées* qui s'étendent aux organes voisins.

Les ruptures complètes sont les plus fréquentes : 60 % pour SAUVAGE, 83 % pour MERZ. Sur les quinze observations de rupture que nous apportons, quatorze sont complètes. Quand on ouvre l'abdomen d'une femme morte de rupture utérine, on trouve souvent la paroi abdominale infiltrée de sérosité sanguinolente. La cavité abdominale contient du sang noir dont la quantité peut aller jusqu'à un litre et un litre et demi, comme le cas s'est produit dans l'observation n° 13 ; ce sang est fluide, souvent mélangé de liquide amniotique et de méconium. Si la femme n'est pas accouchée, le fœtus passe souvent tout entier dans la cavité abdominale (observations n° 3, 10, 13, 15) ; quelquefois, la partie fœtale qui se présentait au détroit supérieur est retenue dans la cavité utérine. Le fœtus est souvent en rigidité cadavérique.

Le placenta sort généralement par la déchirure et on le trouve au milieu des anses intestinales (*voir observations n° 3, 4, 5, 10, 13, 15*) ; quelquefois il reste adhérent ; d'autres fois, il n'adhère que partiellement, et la partie décollée est engagée dans la déchirure.

Si l'accident se produit avant la rupture de la poche des eaux, l'œuf passe intact dans la cavité abdominale, *comme le cas s'est produit dans l'observation n° 2.*

Le plus souvent, c'est le segment inférieur qui est rompu (74 % pour SCIPIADES). L'endroit le moins déchiré, c'est la face postérieure. Quand la déchirure siège sur un bord, elle est longitudinale ; elle est transversale ou oblique quand elle siège sur une des faces. Il existe des déchirures du bord qui empiètent sur une des faces, on a alors une déchirure en L. Sur les quinze observations que nous apportons, nous trouvons la proportion suivante :

4 fois sur la cicatrice de l'ancienne césarienne haute.
1 fois sur la face antérieure du corps.
1 fois sur le bord droit du corps.
9 fois sur le segment inférieur.

Quant à l'étendue de la rupture, elle est très variable. Parfois, ce n'est qu'une simple perforation, d'autres fois, au contraire, elle est très étendue.

Le sang qu'on trouve dans la cavité abdominale provient de la tranche utérine, mais il peut aussi provenir des vaisseaux qui se rendent à l'utérus et qui ont été déchirés ; c'est ainsi qu'on a pu voir l'utérine et ses branches donner des hémorragies abondantes.

Les ruptures incomplètes peuvent être *sous-péritonéales* ou *extra-muqueuses*.

La rupture sous-péritonéale est très fréquente. Sur 167 ruptures utérines, SAUVAGE trouve 58 sous-péritonéales. Mais, d'après BRINDEAU, ce chiffre est inférieur à la réalité, car nombre de ruptures sous-péritonéales passent inaperçues. *Sur les quinze cas de ruptures que nous apportons, une seule était sous-péritonéale* (voir observation n° 8).

Cette rupture est caractérisée par le décollement péritonéal qui, parfois, est considérable. Le péritoine, qui adhère lâchement à la paroi utérine se laisse décoller par le sang qui s'écoule de la plaie, et ainsi se forme un hématome sous-péritonéal qui peut atteindre un volume considérable lorsque le sang qui le forme vient d'un vaisseau déchiré. Le contenu de l'hématome est constitué par du sang liquide et des caillots noirs. Généralement, le fœtus reste dans l'utérus, cependant, on peut parfois trouver une partie du fœtus dans la poche.

La rupture extra-muqueuse est beaucoup plus rare. Son siège habituel est le corps utérin. Ce sont des éraillures du péritoine qui donnent naissance à des hémorragies intra-péritonéales qui peuvent être considérables lorsque l'éraillure intéresse une grosse veine.

Quant aux ruptures compliquées, c'est le *vagin* qui est le plus souvent intéressé. Parfois même la déchirure commence à son niveau et s'étend ensuite à l'utérus.

La *vessie* est rarement déchirée (8 %, SCIPIADES). Lorsqu'elle se produit, l'urine s'écoule dans la cavité abdominale. BONNAIRE a expliqué comment cette déchirure se produit : d'abord, il y attrition de l'organe par

compression entre la tête et le pubis, puis le segment inférieur éclatant sous l'influence de la contracture utérine, la déchirure s'étend facilement à la paroi vésicale.

Quant aux déchirures des autres organes voisins, elles sont très rares.

SYMPTOMATOLOGIE

Le tableau clinique de la rupture utérine varie suivant qu'on a affaire à une rupture basse, segmentaire, ou à une forme haute, corporéale ; qu'elle se produit pendant le travail ou en dehors de lui.

Souvent il y a des signes *précurseurs* qui doivent mettre le clinicien averti en garde contre le danger qui se prépare. Généralement il s'agit de multipares présentant une cause de dystocie quelconque et étant en travail depuis quelque temps. Les douleurs ont tendance à devenir subintrantes et très pénibles : l'utérus se rétracte sur le fœtus. Au toucher, on trouve le col incomplètement dilaté, œdématié : la bosse séro-sanguine énorme n'appuie pas sur le périnée et malgré cela la femme a envie de pousser. A l'inspection, on voit que l'utérus se divise en deux parties, bien séparées par un anneau d'étranglement, dit de rétraction ou de contracture, siégeant près de l'ombilic, donnant à l'utérus un aspect en *sablier* ; en bas, c'est le segment inférieur très distendu, aminci, tandis qu'en haut c'est le corps qui est dur, globuleux. A la palpation, on sent les deux cordes tendues des liga-

ments ronds. L'ensemble de ces phénomènes : utérus en sablier, anneau remontant vers l'ombilic et cordes tendues des ligaments ronds, a été désigné par les classiques sous le nom de signe de BANDL-FROMMEL. Enfin PINARD a signalé de l'œdème de la paroi abdominale au niveau du segment inférieur.

Mais cette période prémonitoire peut manquer chez une multipare avec un utérus blessé lors d'un accouchement antérieur, et la rupture peut se faire rapidement, même avec une poche des eaux non rompue. Elle manque également lorsque la rupture est due à une opération intempestive.

Au moment même de la rupture, la femme ressent une douleur subite, brutale, qui lui arrache des cris. En même temps, elle a parfois une sensation de déchirure interne et, même dans certains cas, une sensation auditive de craquement. De même, elle a l'impression de sentir un liquide chaud à l'intérieur.

Si la malade n'est pas emportée par une syncope, à cette période d'agitation succède une *accalmie complète* qui réjouit la famille affolée ; mais pour le praticien averti, il n'y a plus de doute possible : la rupture utérine vient de se faire.

La femme présente un aspect typique : son visage est pâle, grippé, les yeux excavés, le nez pincé ; le pouls est faible, petit, filiforme ; les extrémités refroidies ; la respiration est superficielle, accélérée : c'est le tableau du shock.

Parfois des vomissements verdâtres viennent assombrir le tableau.

Au palper, qui est très douloureux, surtout à l'en-

droit où siège la déchirure, on sent que le fœtus a quitté la cavité utérine, il est devenu superficiel, plus long que d'ordinaire ; le pôle qu'on sentait au détroit supérieur avant la rupture n'y est plus. Dans une des fosses iliaques ou au-dessus de la symphyse, on sent une autre tumeur dure, douloureuse, régulière, se contractant sous la main, c'est l'utérus plus ou moins vide.

Ce tableau est moins net et moins complet si le fœtus est resté en totalité ou en partie dans l'utérus.

Au-dessus de la symphyse, on sent une crépitation caractéristique due à de l'emphysème. Parfois on sent une masse fluctuante qu'on pourrait prendre pour une vessie pleine, alors qu'il s'agit d'un hématome.

Pour la même raison, les fosses iliaques peuvent être mates à la percussion.

A l'auscultation, on n'entend plus les bruits du cœur.

En faisant le toucher, on voit sortir par la vulve du *sang noir*, sirupeux, poisseux, signe qui était pathognomonique pour TARNIER. Cette hémorragie externe est rarement abondante. En introduisant les doigts dans le vagin différentes modalités peuvent se présenter : ou la partie fœtale est restée engagée, on la sent alors à bout de doigts ; ou elle a pu s'éloigner du détroit inférieur ; ou bien enfin le fœtus tout entier est passé dans la cavité abdominale, dans ce cas, en faisant un toucher profond, surtout sous anesthésie, on peut tomber dans la déchirure et avoir la sensation pénible d'atteindre un voile derrière lequel on devine les anses intestinales.

En cas de rupture extra-muqueuse, c'est l'hémorragie interne qui domine la scène ; les autres symptômes manquent, puisque l'utérus est intact.

S'il s'agit d'une rupture sous-péritonéale, les phénomènes généraux sont moins marqués, parce que le fœtus ne pénètre pas dans le péritoine.

Au palper, on voit que l'utérus a gardé sa forme régulière. Le toucher fait sentir la déchirure qui, en général, part du col pour envahir le segment inférieur. Les signes de rupture sous-péritonéale ne se manifestent que lorsque le fœtus est sorti.

EVOLUTION . PRONOSTIC

La marche de cette grave complication est rapide. Le plus souvent, la malade succombe dans les heures qui suivent la rupture. Quelquefois, l'accouchement se fait et, l'hémorragie continuant, la femme meurt quelques heures ou quelques jours après.

Le pronostic est des plus réservés, la mort survenant par hémorragie ou par infection : 5 à 6 % meurent dans les deux heures ; 17 % de la deuxième à la douzième heure, et 17 % jusqu'à la vingt-quatrième heure.

Sur quinze cas de ruptures à la Maternité de Lariboisière, nous trouvons huit décès et sept guérisons.

Le pronostic variera suivant la gravité, l'étendue des lésions et surtout d'après la précocité du diagnostic et la rapidité du traitement.

Quant au fœtus, il succombe presque toujours et ce n'est qu'exceptionnellement qu'il a pu être extrait vivant (4 %, SCIPIADES), comme le cas s'est produit dans notre observation n° 5, où le fœtus a été ranimé au bout de vingt minutes de soins.

DIAGNOSTIC

La rupture utérine étant un accident aussi redoutable, fatal au fœtus, fatal à la mère si l'on n'intervient pas à temps, le diagnostic précoce s'impose, car c'est de la rapidité de l'intervention que dépend la vie de la femme.

Dans les formes du travail, segmentaires ou corporeales, le tableau symptomatique étant très dramatique quand il existe au complet, le diagnostic doit se faire assez facilement.

Toujours craindre une rupture utérine après une intervention, soit après une version surtout si elle était « trop facile », soit après une basiotripsie, soit même après une application de forceps ou une délivrance artificielle ; dans ces cas, faire toujours une révision utérine.

On peut penser parfois à une apoplexie utéro-placentaire, mais l'utérus reste régulier, plus volumineux, très douloureux, généralement la femme n'est pas en travail et les commémoratifs ne sont pas les mêmes.

Rarement on pensera à une insertion vicieuse du pla-

centa, mais là encore les signes seront trop différents, à part les signes d'hémorragie interne plus ou moins marqués.

Il en est autrement quand il s'agit d'une rupture spontanée, insidieuse, en dehors du travail, ou tout à fait au début d'un travail silencieux. Il faut toujours penser à l'existence de ces ruptures quand il s'agit d'une multipare ayant « une déchéance du système génital », comme disait DOLÉRIS ; quand il s'agit d'une femme à passé gynécologique, qui a subi un ou plusieurs curetages, surtout des curetages dits « appuyés » ; d'une femme qui a subi une délivrance artificielle pour adhérence anormale du placenta ; d'une femme présentant une altération pathologique de la texture utérine ou présentant une anomalie ou malformation utérine ; *enfin et surtout d'une femme qui a subi antérieurement une ou plusieurs césariennes corporéales.*

Ces femmes, il faut les prévenir qu'à la moindre sensation insolite dans l'abdomen, elles s'immobilisent au lit et demandent du secours ! *Car dans ces cas on n'aura pas la période prodromique.*

A la suite d'un moindre effort, la femme accusera une vague douleur abdominale, mal localisée ; certaines continueront même à travailler et ne s'arrêteront que sous l'empire d'un malaise mal défini, quelquefois d'une syncope. Mais souvent il y aura un shock qui précisera plus ou moins le diagnostic et poussera à l'intervention.

On voit donc le rôle important que l'anamnèse joue dans ces cas particulièrement difficiles.

TRAITEMENT

Nous avons vu la gravité que comporte la rupture utérine et l'importance de la rapidité de l'intervention.

Nous avons vu également l'importance de la *prophylaxie* dans tous les cas où la rupture peut se faire spontanément, parfois même pendant la gestation ; dans ces cas, pas d'hypophyse donnée mal à propos, pas d'intervention maladroite et malheureuse ; en attendant l'intervention appropriée, calmer par la morphine la contraction utérine et soutenir l'état général de la femme.

Dans tous les cas, la laparotomie s'impose, car elle permet de voir la lésion et est aussi le premier temps du traitement.

Le fœtus extrait, le péritoine débarrassé du sang et des caillots, on peut mettre la femme en Trendelenburg et traiter la déchirure.

Le plus souvent, il s'agit d'une rupture complète, l'hémorragie a été abondante, il faut aller vite et pratiquer une hystérectomie totale ou subtotale.

Si la femme est fortement anémiée, dans un état très grave, presque mourante, on peut pratiquer l'opération de PORRO.

Etant donné que le plus souvent on a affaire à un utérus déjà lésé, que l'état des lèvres de la plaie est contus, que la plaie est irrégulière, la suture utérine est à rejeter, car l'intervention est longue et elle échoue presque fatalement. D'autre part, et surtout, cette cicatrice sera une amorce d'une nouvelle rupture lors d'un accouchement ultérieur, car, comme l'a dit TARNIER : « Lorsqu'une femme, en essayant de reproduire l'espèce, a rompu son utérus, elle est bonne à mettre en réforme pour blessures graves contractées dans le service. Ce n'est pas avec des invalides qu'on fait campagne. »

OBSERVATION N° XV (inédite)

Mme R..., II-geste, âgée de 30 ans, entre dans le service le 16 février 1930. Ses dernières règles datent du 28 avril 1929.

A l'examen, on voit qu'il s'agit d'une présentation céphalique en OIDP. Le diamètre promonto-sous-pubien est de 11 cm.

Le 17 février : Vers la fin du travail, la femme présente tous les signes d'une rupture utérine.

M. GUÉNIOT fait alors une laparotomie et constate une *rupture utérine complète siégeant sur la partie latérale droite et un peu antérieure de l'utérus juste devant le bord droit de celui-ci*. Le fœtus mort a passé dans la cavité abdominale, d'où on l'extrait. Ensuite ablation de l'utérus. Ayant constaté que le placenta n'existe pas dans la cavité utérine, on le cherche dans l'abdomen et on le trouve dans le flanc droit. Extraction. Pose d'un large Mikulicz après avoir poussé une mèche de gaze par le col jusqu'à la vulve.

Suture abdominale en un plan aux fils de bronze.

Sérum adrénaliné intraveineux.

Huile camphrée, caféine.

Malgré cela, *décès de la femme trois heures après la fin de l'intervention.*

CONCLUSIONS

La rupture utérine, plus rare qu'autrefois, reste encore une complication à redouter, malgré les progrès de l'obstétrique moderne, puisqu'à la Maternité de Lariboisière, en huit ans et six mois, nous en relevons quinze cas, dont huit suivis de mort de la femme. Dans un seul cas, l'enfant fut extrait vivant.

Six ruptures portaient sur le corps utérin, neuf sur le segment inférieur. Quatre étaient consécutives à des césariennes hautes. La césarienne basse pratiquée presque exclusivement aujourd'hui augmentera la rareté des ruptures utérines.

Le praticien doit bien en connaître l'étiologie variée : penser à la possibilité de la rupture est un excellent moyen de l'éviter.

Si le praticien connaît bien la symptomatologie de la rupture utérine, insidieuse pendant la gestation ou brutale pendant le travail, il en fera vite le diagnostic et en améliorera singulièrement le pronostic.

Le traitement de choix consiste dans l'hystérectomie totale ou subtotale faite le plus tôt possible.

Vu : Le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu : Le Président de la Thèse,
COUVELAIRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- BANDL. — *Über Ruptur der Gebärmutter*. Vienne, 1875.
- BAR et MERCIER. — Des ruptures spontanées de l'utérus gravide (*Bull. Soc. Obst.*, Paris, 9 février 1898, p. 36).
- BRINDEAU. — La pratique de l'art des accouchements, vol. 3. Paris, 1927.
- CAO SI TAN. — Ruptures spontanées de l'utérus gravide en dehors du travail (Thèse de Paris, 1926).
- CRANTZ. — *Traité des accouchements*, 1759.
- DAVERSin. — Etude sur les causes des ruptures de l'utérus pendant la grossesse (Thèse de Paris, 1866).
- DECHAUX. — Rupture de l'utérus (*Union médicale*, Paris, 1847, p. 476).
- DEVRAIGNE. — *Cliniques obstétricales*. Paris, 1936.
- DOLÉRIS. — *Annales de Gynécologie*, 1884, p. 212.
- HERGOTT. — Considérations sur l'étiologie des ruptures utérines et sur leur traitement (*Revue méd. de l'Est*, Nancy, 1905, XXXV, p. 602).
- KELLER. — Difficultés du diagnostic de la rupture utérine (*Gyn. Obst.*, 1921, p. 112).
- MAUCLAIRE. — Cicatrices utérines et leurs ruptures (*Arch. gén. Chirurgie*, Paris 1908, p. 144).
- PERRET. — Rupture utérine. Hystérectomie abdominale subtotale (*L'Obstétrique*, Paris 1906, p. 160).
- RIBEMONT-DESSAIGNE et LEPAGE. — *Précis d'obstétrique*.
- SAUVAGE. — Anatomie pathologique, traitement des ruptures utérines pendant le travail (Thèse de Paris, 1901).
- TAURIN. — Des ruptures utérines pendant la grossesse et l'accouchement (Thèse de Paris, 1853).
- TARNIER et BUDIN. — *L'art des accouchements*, 1898, vol. 3.
- VANHEECKHOET. — Des formes insidieuses des ruptures utérines et spontanées complètes (Thèse de Lille, 1922).

